Ein Beitrag zur Gaumenplastik

Auszug
aus der
Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der
Zahnärztlichen Doktorwürde
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

Von
Arthur Chaim
approb. Zahnarzt zu Berlin-Friedenau

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Tag der Promotion: 21. Mai 1920

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. **Rubner**
Referent: Prof. Dr. **Williger**

Bei den congenitalen Defekten haben wir mit typischen Prädilectionsstellen, die entwicklungsgeschichtlich bedingt sind, bei den traumatischen mit Zufallsverletzungen zu tun. Bei Defekten, die ihre Entstehung einer syphilitischen, tuberkulösen Erkrankung oder einer bösartigen Geschwulst verdanken, kommt nur die chirurgisch-zahnärztliche Prothese in Frage. Die Methoden der Deckung auf plastischem Wege sind verschieden. Den Grundstein zu den plastischen Operationsmethoden legte Langenbeck, der die Gaumenüberzüge von Seitenincisionen aus ablöste, sie nach der Mittellinie verschob und auf diese Weise congenitale Defekte schloß. Lane und Helbing bauten die Methoden weiter aus. Ihre Erfolge ermutigten Operateure, auch traumatische Defekte operativ zu decken. So demonstrierte Partsch in der schelsischen Gesellschaft für vaterländische Kultur 1891 einen von ihm operierten Fall von traumatischem Gaumendefekt geheilt durch zweizeitige Uranoplastik nach dem Verfahren von J. Wolff. Während des Weltkrieges 1914/19 kan die Frage des Ersatzes der traumatischen Gaumendefekte wieder ins Rollen, da gerade durch die vielen Kriegsverletzungen des Gaumens die plastischen Versuche in den Vordergrund traten. Der lange Zeitraum gewährte eine gute Kontrolle der Dauerresultate und es zeigte sich, daß der auf plastischem Wege hergestellte Gaumen eine sehr feste Konsistenz annahm. Rosenthal erhärtete die Beobachtung Delormes des Ueberwucherns knochenbildender Elemente in das zur Ueberbrückung verwandte Material. Bei den Kriegstraumen des Gaumens haben wir wesentlich ungünstigerere Bedingungen, dadurch daß die Defektränder in der Regel weit in den restierenden Gaumenüberzug narbig verwachsen und durch Kommunikation mit der Nasenhöhle ständig in Kontakt mit Infektionsstoffen kommen. Wenn wir uns klarmachen, daß bei jedem plastischen Lappen gute Durchblutung conditio sine qua non ist, wir andererseits mit starknarbigen am Knochen adhärenten Defekträndern zu tun haben, so ergibt es sich von selbst, daß oft klein erscheinende Defekte nach gründlicher Excision der Narbenzüge einen wesentlichen größeren Defekt darstellen, den zu decken dem Operateur Schwierigkeiten bereitet, da für seitliche Verschiebung im Sinne Lanes oder für die Bildung von Brückenlappen im Sinne Langenbecks die noch am Gaumen vor-

handene Schleimhautperiostdeckung nicht ausreicht. Auf diese Weise ist es verständlich, daß viele Autoren versuchten, Material aus anderen Regionen herzuschaffen. Aus unmittelbarer Nähe des Defektes holte sich Langenbeck Material herbei (Gaumenmaterial für congenitale Defekte — für traumatische Defekte Ganzer). Delorme und Rosenthal nahmen Lippen- bezw. Wangenschleimhaut, Requolli, Rose Lippe, Gersung Zunge, Schönbron hintere Rachenwand, Launclongue und Sabatier neuerdings auch ganzer Vomerschleimhaut; aus weiterer Umgebung Kraske die Nasenmuskeln, Thiersch, Rosenthal Wange, Blasius, von Nußbaum, Rotter, Bardenheuer Stirn. Außerhalb der Mundhöhle versuchte von Eiselsberg nach der Methode von Tagliacozza Haut aus dem Unterarm zu nehmen, eine Methode, die ursprünglich für die Rhinoplastik erdacht war. Dieses Verfahren benutzten später Rosenthal und Ganzer. Jedoch Ganzer verbesserte die Methode wesentlich, indem er den Armlappen sehr lang bildete, diesen einrollte und teilweise durch Nähte verschloß. Nach Epithelisierung der Wundfläche zog er den reichlich langen Lappen durch die Wange und bewirkte eine wesentlich bessere Fixierung des Armes, ferner einen besseren Zugang zu dem Gaumendefekt. Kauschs interessanter Versuch, den Daumen in die Bauchdeckenwand einzunähen, aus dieser den Daumen mit dem so gewonnenen Hautmaterial in den Gaumendefekt einzunähen, fand keine Verallgemeinerung wegen der für den Patienten zu lästigen Fixation des Implantats. 1915 brachte Rosenthal seine Wangenmethode heraus, die er in 20 Fällen mit gutem Erfolge angewandt hatte. Ein wesentlicher Fortschritt wurde durch Esser erzielt. Er legte den Schnitt in den Sulcus nasolabialis, um so den Angularis-Abschnitt der Maxillaris externa in den Lappen hineinzubekommen. Die Methode von Esser ist der Rosenthalschen in wesentlichen P0unkten überlegen. Einmal fällt der lästige Haarwuchs im Munde fort, den Rosenthal dadurch zu beheben suchte, daß er kurze Zeit vor der Operation den entsprechenden Wangenabschnitt auf elektrolytischem Wege epilierte. Ferner ist sie viel schonender, weil eine Komplikation mit dem Duxtus parotideus fortfällt, Facialisäste geschont werden und ganz besonders die Ernährung des Lappens durch den Augularisteil der Maxillaris externa gesichert ist. Es ist erstaunlich, wieviel Material man auf diese Weise dem Sulcus nasolabialis entnehmen kann, ohne kosmetische Schädigungen hervorzurufen. Eine neue Art des Verschlusses von traumatischem Gaumendefekt teilt Schlepfer mit, und zwar beschreibt er die Operationsmethode von Payr, der aus der vorderen unteren Halsgegend einen gestielten Hautlappen verwendet. Bei den zirka 25 Gaumenplastiken, die ich bisher Gelegenheit hatte zu operieren, kam ich in 15 Fällen mit dem Gaumenmaterial aus der

näheren Umgebung des Defektes aus, in 6 Fällen erreichte ich mit der von Esser empfohlenen Methode gute Resultate. Bei den letzten 4 Fällen waren die Defekte so groß, daß ich gezwungen war, mir Deckungsmaterial außerhalb der Mundhöhle zu suchen. Da mir der erste Fall, wo ich einen Lappen dem Oberarm entnahm, infolge zu geringen Fettpolsters nicht glückte, kam ich unabhängig von anderen Operateuren auf den Gedanken, durch Bildung eines gedoppelten Lappens z. B. aus der benachbarten Brustwand, bei unterernährten Leuten einen fettreichen gut durchbluteten Lappen zu erhalten, der dadurch sichere Resultate schaffen mußte. Ferner glaubte ich dadurch, daß ich den Lappen nicht gleich durch die Wange zog und an Ort und Stelle des Defektes vernähte, ihn vielmehr als „Wanderlappen" auffaßte, noch größerer Garantien für die Anheilung und größere Annehmlichkeiten für den Patienten erzielen zu können. Die unter diesen Gesichtspunkten unternommenen Operationen bestätigten meine Erwartungen vollkommen. Wenn ich nun die bisherigen Versuche, Gaumendefekte zu schließen, überblicke, so komme ich zu folgenden Ergebnissen: Die Langenbecksche Operation gibt bei congenitalen Defekten bei günstigen Verhältnissen im 3. Lebensjahr die besten Resultate. Lanes Methode läßt sich in jedem Alter bei besonders schwierigen Fällen von traumatischen Defekten und sehr breiten congenitalen Spalten ducrhführen und zeitigt gute Resultate. Hüters Ausspruch in seinem Lehrbuche, „daß die prothetische Ergänzung durch Obturatoren der plastischen Kunst überlegen sei", trifft nur bei den durch maligne Tumoren, durch Syphilis bedingten Defekten zu, ferner bei Defekten im Bereich des weichen Gaumens. Für traumatische Defekte empfiehlt sich Kombination eines Lappens nach Lane, sowie eines brückenförmigen Langenbeckschen Lappens ev. unter Epithelisierung nach Esser auf der wunden Seite. Besonders günstige Resultate gibt Ganzers glückliche Uebertragung des von Lautenschläger für plastische Deckung des eröffneten Antrums angegebenen Verfahrens auf traumatische Gaumendefekte. Bei quer verlaufenden mittelgroßen Defekten ist die Methode aus der ganzen Dicke der Wange nach Rosenthal brauchbar. Kosmetisch und funktionell gibt der Augularislappen von Esser die besten Resultate für mittelgroße Defekte. Beide Augularislappen ermöglichen noch größere Defekte zu schließen. Kommt z. B. für einen linksseitigen Defekt der linke Augularisteil (infolge schlechter Hautverhältnisse) nicht in Betracht, so kann auch der rechte Augularisteil für den linken Defekt benutzt werden, wie Halle zeigte. Für den Rest der Fälle, deren Größe Deckungsmaterial außerhalb der Mundhöhle erefordert, ist die Oberlappenmethode nach Rosenthal oder die von Ganzer wesentlich verbesserte Methode angebracht. Ueber den Wert der

von mir versuchten Kombination (Oberarm-Brustlappen gedoppelt) als „Wanderlappen“ in Anwendung gebracht, muß erst eine größere Anzahl gelungener Operationen ihr Urteil fällen. Für jede plastische Operation im Munde ist eine zweckmäßig konstruierte Schutzprothese eine unerläßliche Voraussetzung. Ich hätte anfangs weniger Mißerfolge zu verzeichnen gehabt, wenn ich vorher Ganzers Methode gekannt hätte, der durch sein an den Zähnen zu befestigendes Drahtschutznetz mit unterlegbaren Jodoform-Gazestreifen die Sicherheit der Anheilung von plastischen Lappen im Munde hervorragend gefördert hat!

Lebenslauf

Ich, Arthur Chaim, wurde am 3. November 1889 zu Berlin geboren, besuchte von meinem 6. Lebensjahr ab das Sophien-Gymnasium zu Berlin bis zur Obersekunda, besuchte dann das Humboldt-Gymnasium bis zur Prima. 1907 begann ich das Studium der Zahnheilkunde an der Berliner Universität und bestand 1910 das zahnärztliche Staatsexamen in Berlin. Nach längerer Assistententätigkeit ließ ich mich 1912 in Berlin-Friedenau als prakt. Zahnarzt nieder. Nach Ausbruch des Krieges dauernd kriegsunfähig erklärt, stellte ich mich als Zahnarzt zur Verfügung und wurde ordinierender Zahnarzt der Kieferstation Apostel-Paulusklinik, später Reservelazarett Lutherlyceum, wo ich auch heute noch tätig bin, 1919 bestand ich das Abiturientenexamen am Kantgymnasium zu Spandau.